

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 138

LA
TUBERCULOSE
DE LA
PROSTATE
chez le Vieillard

THÈSE
POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
SECTION de MÉDECINE
présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 12 Juillet 1922

PAR

Georges SOURIAL

né à GODORIÉDA (Egypte) le 28 Octobre 1892



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
45, Quai Gailleton, 45
Téléphone 63-56

1922

LA
TUBERCULOSE DE LA PROSTATE
CHEZ LE VIEILLARD

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 138

LA
TUBERCULOSE
DE LA
PROSTATE
chez le Vieillard

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 12 Juillet 1922

PAR

Georges SOURIAL

né à GODORIÉDA (Egypte) le 28 Octobre 1892



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
45, Quai Gailleton, 45
Téléphone 63-56

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. HUGOUNENQ.
Doyen MM. J. LEPINE.
Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,

Cliniques médicales	PROFESSEURS	MM. TESSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique		COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires		WEILL
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie		POLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		LANNOIS
Chimie biologique et médicale		ROCHET
Chimie organique et Toxicologie		N-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Histologie		MOREAU
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales		POLICARD
Anatomie pathologique		DOYON
Chirurgie opératoire		COLLET
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie		MOURIQUAND
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène		VILLARD
Thérapeutique		ARLOING (F.)
Pharmacologie		Etienne MARTIN
		COURMONT (P.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	—	VALLAS.
—	—	Propédeutique de gynécologie
—	—	Chimie minérale
—	—	Urologie
		CONDAMIN.
		BARRAL.
		GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	HOVELACQUE
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT.	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (L.)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE	BONNET
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé
CADE	DUROUX	CORDIER	des fonctions
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. GAYET, *Président*; M. ROCHET, *Assesseur* ;

MM. PATEL et THEVENOT Léon, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MON COUSIN LE DOCTEUR SOURIAL

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur GAYET

Professeur à la Faculté de Médecine

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES JUGES

LA
TUBERCULOSE DE LA PROSTATE
CHEZ LE VIEILLARD

INTRODUCTION

Au moment où nous parvenons au terme de nos études médicales, c'est pour nous un devoir très doux d'apporter à nos maîtres de la Faculté de Médecine de Lyon un respectueux et reconnaissant hommage. Mais qu'il nous soit permis surtout de remercier de la façon la plus vive et la plus sincère M. le Professeur Gayet, qui a bien voulu nous accueillir dans son service ; c'est à lui que nous devons ce sujet de thèse, dont il nous a fourni tous les matériaux ; c'est grâce à ses conseils que nous pouvons étudier ici un chapitre assez nouveau de pathologie urinaire.

En effet, si on consulte les travaux parus depuis de longues années sur la tuberculose prostatique, on est frappé par le fait que la possibilité de cette affection n'a été envisagée que chez l'adulte, que son existence à un âge plus avancé a même été niée. Il semblerait donc que la prostate du vieillard dût échapper à l'infection tuberculeuse, qui a chez le jeune une sorte de prédilection pour le carrefour uro-génital.

Et cependant, de 1912 à 1921 (déduction faite des quatre années durant lesquelles la guerre le retint éloigné de Lyon), M. le Professeur Gayet a pu recueillir, aussi bien dans son service hospitalier de l'Antiquaille que dans sa clientèle particulière, 17 cas de tuberculose prostatique survenus chez des malades ayant dépassé la cinquantaine ; ce sont eux que nous étudierons dans ce travail. Et bien que cette affection ne revête pas, à vrai dire, un aspect anatomo-pathologique et clinique bien différent de celui que l'on peut observer chez le jeune et l'adulte, il nous a paru intéressant d'attirer l'attention sur la possibilité d'un diagnostic que sa rareté généralement admise pourrait suffire à faire repousser.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie

A. — FRÉQUENCE. — A en croire la majorité des auteurs qui ont étudié la tuberculose de la prostate, cette affection serait exceptionnellement rencontrée chez le vieillard :

« La tuberculose de la prostate, dit Albarran, est une affection de l'âge adulte, de la période d'activité sexuelle de 20 à 40 ans ; toutes les statistiques concordent sur ce point. Exceptionnellement elle frappe les âges extrêmes. Louis Jullien signale un cas à l'âge de 67 ans, Hoffmann à 68 ans, Marwedel à 63. »

Forgue est de même avis.

Pour Legueu, cette affection est « exceptionnelle chez le vieillard ». Cet auteur rapporte, d'après Von Frisch, une statistique de Simmonds : Sur 60 cas, il en cite 16 de 50 à 60 ans, 6 de 60 à 70, 5 au delà de 70 et 1 au-dessus de 80.

Or, si nous examinons maintenant la statistique de 60 cas de tuberculose de la prostate recueillis par

M. le Professeur Gayet, nous y constatons la présence de :

8 cas de 50 à 60 ans ;

5 cas de 60 à 70 ans ;

4 cas après 70 ans.

Il ne s'agit plus, on le voit, d'exceptions, puisque la proportion atteint 28 pour 100.

B. — Dans son *Traité chirurgical d'urologie*, Legueu écrit : « Ce qu'on voit chez le vieillard n'est souvent que l'extension d'une tuberculose qui existait profonde depuis un temps très étendu. » Cette opinion est confirmée par plusieurs de nos observations :

Dans l'une (Obs. XV), il s'agit d'un vieillard de 73 ans, chez lequel on retrouve des traces de tuberculose remontant à l'enfance. A l'âge de 10 ans, Ollier l'opéra d'un abcès para-articulaire de la cuisse ; à 60 ans, on constata l'existence d'une tumeur blanche du genou gauche ; à 70 ans apparut une orchio-épididymite ; deux ans plus tard s'ouvrit une fistule recto-vésicale. L'Observation I nous montre un homme de 60 ans porteur depuis vingt ans d'une fistule anale qui présente des alternatives de guérisons et de récidives.

Chez un autre, âgé de 58 ans (Obs. XII), des phénomènes urinaires décelant une tuberculose rénale (confirmée par l'inoculation des urines au cobaye) sont apparus 16 ans avant son entrée à l'hôpital.

Mais, même chez l'homme adulte, la tuberculose prostatique n'est que rarement primitive au point de vue clinique, et elle coïncide avec d'autres localisations de même nature ; Legueu lui-même dit bien que « presque toutes les tuberculoses uro-génitales por-

tent atteinte à la prostate. » La règle est la même chez le vieillard. .

C. — CAUSES FAVORISANTES. — 1° Toutes les *causes d'affaiblissement général* peuvent entraîner l'éclosion d'une localisation tuberculeuse : le *diabète* notamment paraît avoir sur cette évolution une action particulièrement favorisante (Obs. VII).

2° *Causes locales*. — a) Il est classique d'incriminer la *blennorragie*. A la vérité, sa fréquence est telle qu'il est facile de la retrouver dans nombre de cas ; et cependant, parmi les observations que nous publions, il est spécifié de nombreuses fois que le malade n'a eu aucune maladie vénérienne, et toujours, lorsque sa présence est constatée, l'infection gonococcique est fort lointaine, remontant à la jeunesse, sauf dans un cas cependant où l'atteinte du gonocoque se fit à 46 ans et fut compliqué d'une orchite. Aussi ne saurait-on vraiment accorder une influence trop considérable à ce facteur.

b) Toutes les causes de *congestion locale* peuvent avoir leur importance. C'est ainsi que chez le malade de l'Observation XII les troubles urinaires apparurent nettement à la suite d'une longue course à bicyclette.

c) Mais un facteur plus fréquent, plus constant est la congestion par le *coït*, quoiqu'en disent les auteurs qui prétendent que la tuberculose prostatique apparaît uniquement pendant la période d'activité sexuelle « de 20 à 40 ans ». Il est un peu absolu de cantonner

dans ces limites la vie génitale habituelle d'un homme ; cette cause pourra donc être envisagée après la cinquantaine.

d) A un âge plus avancé, on peut admettre que « la congestion passive provoquée par une vessie dont le tonus est moindre, dont la fibre commence à se scléroser, viendra remplacer la congestion active de l'acte sexuel pour favoriser la stagnation sanguine et l'arrêt du bacille au niveau de la glande. » Gayet.

CHAPITRE II

Anatomie Pathologique.

Nous ne nous attarderons pas à l'étude détaillée des lésions que la tuberculose prostatique peut déterminer chez le vieillard, car il n'apparaît pas que son aspect diffère de celui que l'on a coutume de rencontrer chez le jeune homme et l'homme adulte, et nous rappellerons seulement les trois stades qu'il est classique de distinguer :

1^o PÉRIODE DE GRANULATIONS. — Le diagnostic de cette forme est très délicat, surtout chez le vieillard, et il est naturel que nous n'en ayons pas retrouvé de cas dans la collection d'observations étudiées, l'autopsie seule pouvant donner la certitude à ce sujet.

2^o PÉRIODE MODULAIRE. — Celle-ci est caractérisée par la présence à l'intérieur de l'organe de noyaux tuberculeux plus ou moins nombreux et dont le volume peut aller de celui d'un grain de mil à celui d'une noisette ; ils peuvent — et c'est le cas le plus facile à résoudre cliniquement — se grouper plus par-

ticulièrement à la superficie de l'organe, aisément accessibles au doigt introduit dans le rectum ; d'autres fois on les découvrira seulement à la coupe, où leur coloration blanchâtre contraste avec la teinte grise du reste de la prostate. Ces noyaux pourront évoluer soit vers l'enkystement, la transformation fibreuse, qui est un processus de guérison, soit plus fréquemment vers le ramollissement réalisant alors la forme suivante.

3° PÉRIODE DES CAVERNES. — Les cavernes sont dues à la transformation des tubercules en véritables *abcès froids* ; ceux-ci peuvent demeurer bien limités, parfois uniques (Obs. IV et IX), parfois multiples (Obs. II) séparés par du tissu macroscopiquement sain.

Dans certains cas, ces collections ne se développent que très lentement, mais le pus cherchera à la fin à se faire jour soit vers le rectum (Obs. II et XV), soit vers le périnée (Obs. XVII), soit vers l'urètre (Obs. XII), où le bec de la sonde achèvera la communication prête à s'établir.

Mais plus rarement, il est vrai, l'urètre, la prostate, les conduits excréteurs de l'appareil génital peuvent être détruits en grande partie, donnant naissance à une vaste poche purulente réalisant ainsi une forme de dilatations de l'urètre postérieur que Bonnefoy a étudiées récemment dans sa thèse. « La caverne prostatique, une fois constituée, peut évoluer comme un abcès froid banal, envahir les tissus voisins dans une progression n'ayant pour ainsi dire plus de limites. Elle tend cependant à descendre : c'est au périnée que

nous trouvons ces diverticules purulents.* Et c'est ainsi que dans l'Observation XVII, recueillie dans la Clinique de M. le Professeur Rochet, l'urètre postérieur est occupé par une énorme poche allant de la vessie au périnée, ne laissant persister que des vestiges de la prostate, entourée par les organes voisins envahis eux-mêmes peu à peu.

LÉSIONS CONCOMITANTES. — On a bien attiré l'attention (Albarran, Rochet) sur l'existence d'une tuberculose primitive (au moins cliniquement) de la prostate, évoluant pendant longtemps pour son propre compte; mais il y a presque toujours association de lésions de même nature portant sur le reste de l'appareil génito-urinaire : reins, vessie, vésicules séminales et canaux déférents, testicules et épидидymes, dont l'atteinte a été constatée dans plus de la moitié des observations de M. le Professeur Gayet.

En outre, le tissu péri-prostatique finira par être envahi à son tour et réagira soit par des adhérences qui détermineront autour de l'organe malade la formation d'une véritable gangue englobant et rendant méconnaissables prostate et vésicules, soit par la suppuration qui atteindra le tissu cellulaire péri-vésical ou le cul-de-sac vésico-rectal, provoquant ainsi une pelvi-péritonite tuberculeuse (Doyen).

CHAPITRE III

Symptomatologie.

La tuberculose prostatique ne revêt pas chez le vieillard un aspect clinique très différent de celui qu'on a coutume d'observer chez l'adulte.

Nous n'avons pas d'observations répondant à la période anatomique des granulations, et les chirurgiens qui ont rencontré des cas semblables ont eu toutes raisons de croire qu'ils se trouvaient en présence d'une prostatite ou d'une hypertrophie simple de la prostate. En effet, chez un homme qui a dépassé la cinquantaine, une augmentation de volume bien explicable par l'âge du sujet, voire une tension particulière de l'organe (Rochet) ne sauraient vraiment faire présager une tuberculose qui commence.

Nous n'étudierons donc que les manifestations plus tardives, mais plus nettes.

I. — PÉRIODE DE DÉBUT

1^o *Troubles de la miction.* — Alors que l'homme

jeune vient souvent consulter la première fois pour de la pollakiurie, pour une hématurie, pour des douleurs rénales, la tuberculose prostatique peut chez l'homme âgé se manifester au début par des troubles de la miction, sous l'influence de la congestion passive de l'organe. Peu à peu, le vieillard s'aperçoit que la portée du jet diminue, qu'il doit forcer pour uriner, parfois il est contraint de recourir à des positions particulières, tel le malade de l'Observation XIV, qui ne pouvait uriner qu'accroupi.

Dans certains cas même c'est une crise de rétention aiguë qui l'amène au médecin. Celui-ci tente un cathétérisme qui détermine souvent une vive douleur et ramène du pus ou du sang. Ce mode de début, qui est exceptionnel chez l'adulte, n'est d'ailleurs pas constant après 50 ans, puisque sur 17 observations, il n'en est que 4 (Obs. V, IX, XI, XIV) qui puissent rentrer dans cette catégorie.

Plus habituelle est la pollakiurie : le malade a d'abord remarqué qu'il devait se lever la nuit plus fréquemment que de coutume, puis les besoins deviennent impérieux, et c'est bientôt toutes les heures, toutes les demi-heures même qu'il doit vider sa vessie intolérante (Obs. X : 20-25 fois pendant la nuit). Cependant, nous n'avons pas constaté de fausse incontinence, ni de miction par regorgement, les phénomènes de rétention ne demeurant jamais au premier plan.

2° *Douleurs à la miction.* — Celles-ci peuvent survenir soit au début, soit à la fin (Obs. VII) de la mic-

tion : Un de nos malades souffrait depuis huit mois d'intolérables brûlures au niveau de l'urètre postérieur chaque fois qu'il urinait (Obs. XV). Certains ont des irradiations douloureuses dans l'anus ou dans le périnée. Mais lorsque ces souffrances s'allient avec de la pollakiurie et de la pyurie, il faut penser à une tuberculose rénale initiale qui peut d'ailleurs précéder une localisation bacillaire sur la prostate ou coïncider avec elle.

3° *Hématurie*. — Bien des malades ont vu leur attention attirée par la présence de sang dans le premier jet d'urine, puis celle-ci reprend son aspect habituel (Obs. I).

4° *Atteinte d'un ou des deux épидidymes*. — Peut-être, à vrai dire, la prostate est-elle également lésée dans sa profondeur lorsque le malade s'aperçoit d'une augmentation de volume d'un testicule ou de la présence d'une nodosité peu douloureuse siégeant sur un épидidyme ; mais ces organes étant superficiels, d'autre part la suppuration et même la fistulisation pouvant survenir, ce sont eux qui absorbent l'attention du patient (Obs. II, VIII). Dans l'Observation IV, l'orchio-épидidymite précéda de trois ans les troubles mictionnels.

5° Enfin, il arrive que ce sont les *troubles rénaux* qui prédominent : les douleurs au niveau d'un rein augmenté de volume, la pollakiurie, les phénomènes de cystite, la pyurie dont la nature est confirmée par l'inoculation au cobaye font porter le diagnostic de tuberculose rénale ; et c'est à l'occasion d'un

toucher rectal systématique qu'on découvrira une ou plusieurs nodosités siégeant sur la prostate.

Dans certains cas même, la tuberculisation de cette glande est tout à fait latente, puisque dans l'Observation IX on trouva au toucher rectal une prostate tout à fait normale, et ce n'est qu'à l'autopsie du malade, mort de pneumonie trois semaine après une nephrectomie, qu'on découvrit dans le lobe droit une caverne remplie de pus de la grosseur d'une noisette.

II. — PÉRIODE D'ÉTAT.

A) Symptômes fonctionnels et généraux. — A une période plus avancée, ces mêmes symptômes fonctionnels vont s'accroître. Les douleurs deviennent plus vives, les mictions plus pénibles et de plus en plus rapprochées ; on peut voir apparaître alors une hématurie terminale généralement mêlée de pus due à l'ouverture d'une caverne ou à une cystite ; c'est une « pyurie sanguinolente » (Gayet).

L'état général peut s'aggraver, la température peut s'élever et prendre même un type à grandes oscillations, d'autant plus que l'infection urinaire et les infections secondaires viennent fréquemment compliquer le tableau clinique.

B) Signes physiques. — 1° *Prostate.* — a) De bonne heure, le toucher rectal permet de percevoir une prostate plus ou moins augmentée de volume, à surface bosselée irrégulière sur laquelle on sent dans certains cas seulement une nodosité grosse comme un pois (Obs. I), mais plus souvent un véritable semis

de grains arrondis durs, indolents, qui tranchent par leur fermeté sur la consistance élastique du parenchyme glandulaire sain.

b) Plus tard, ces noyaux isolés vont grossir, se rapprocher, se fusionner, et le doigt percevra une prostate hypertrophiée mamelonnée, tendue, comme injectée au suif, saillant dans le rectum.

c) Ces tubercules se ramolliront à leur tour, et, si une caverne est relativement postérieure, l'index s'enfoncera « comme dans une étoffe tendue lachement sur une cadre rigide ». La pression du doigt pourra déterminer alors un écoulement purulent par le méat.

2° *Organes génitaux.* — Si on met à part les cas exceptionnels de tuberculose prostatique primitive, on vérifiera constamment la présence de lésions du reste des organes génitaux.

a) Au-dessus de la prostate, bien isolée ou réunie à celle-ci par une trainée inflammatoire, on sentira une vésicule augmentée de volume, douloureuse, parsemée de nodosités. Les deux vésicules sont souvent prises en masse, donnant au doigt qui palpe l'impression classique qu'elles sont injectées au suif.

b) Les testicules ont souvent subi des atteintes antérieures. Ils sont gros, et même une cicatrice adhérente peut demeurer le témoin d'une fistulation ancienne. Sur la tête des épидидymes, une nodosité viendra fréquemment permettre d'affirmer la tuberculose, tandis que le cordon est gros, irrégulier, infiltré, noueux.

3° *Lésions péri-prostatiques.* — Si l'affection conti-

nue à évoluer, il va se faire une extension de l'infection tout autour de la glande : « La prostate est noyée à son tour dans une gangue indurée ou ramollie par place, qui n'a pas de limite précise et se soude sur les côtés aux parois pelviennes à la façon d'un néoplasme » (Delore et Chaliér). C'est la phase de la périprostatite.

4° *Fistulisation des cavernes prostatiques.* — a) Nous avons vu que certaines cavernes pouvaient se vider soit spontanément, soit à la suite d'un cathétérisme (Obs. XII), soit sous l'influence d'efforts de défécation ou d'un toucher rectal (Obs. XVI) dans l'urètre postérieur, déterminant un suintement purulent dont on a parfois fait remonter l'origine à une blennorragie.

b) D'autres fois, c'est une caverné superficielle qui atteint et perfore la muqueuse rectale, donnant une fistule prostato ou vésico-rectale dont le signe pathognomonique est l'issue d'urine par le rectum. Nous en avons relevé deux cas (Obs. II et XV). En réalité, il ne passe généralement qu'assez peu d'urine par cette voie, et un de nos malades précisait qu'il n'éprouvait aucune douleur, mais seulement une sensation comparable à celle que donne la diarrhée. Dans un autre cas, la fistule vésico-rectale durait depuis un an lorsque le malade se présenta à l'hôpital.

c) Enfin, dans l'Observation XVII que nous publions, empruntée à la thèse de Bonnefoy, nous relevons une fistule urétro-périnéale cinq ans avant l'hospitalisation ; un abcès s'était ouvert au périnée, puis la suppuration avait tari et la fistule ne se rouvrit que quatre ans après.

5° *Autres lésions tuberculeuses.* — L'examen devra en outre porter sur les autres organes, sur les reins dont nous avons noté la teinte fréquente, sur les poumons qu'on auscultera soigneusement et dont on vérifiera l'intégrité à la radioscopie.

C. — Cystoscopie. — C'est là une méthode d'examen qui ne laisse pas de présenter quelques difficultés et même quelques inconvénients. En effet, la traversée de l'urètre postérieur souvent ulcéré, dans lequel peut même s'ouvrir une caverne voisine, est très douloureuse, au point que, l'instillation de cocaïne étant elle-même insuffisante, il faut dans certains cas recourir à une anesthésie rachidienne. D'autre part, la vessie est généralement très sale et très contractée, et le suintement sanguin tend trop fréquemment à voiler la vision claire des lésions. Une objection plus grave est le danger que comporte l'infection secondaire d'un foyer tuberculeux, et, malgré tous les soins d'asepsie qui s'imposent, « ce n'est jamais sans appréhension qu'on se risque à traumatiser le défilé prostatique malade ». Cependant, il ne faut rien exagérer, et un diagnostic exact a trop d'importance pour le malade pour qu'on ne fasse pas courir à celui-ci quelques risques qui sont à vrai dire négligeables pour un urologiste averti. Voici les renseignements que ce mode d'examen nous a fournis :

Obs. I. — Le passage des instruments est douloureux et détermine une hémorragie abondante ; vessie à colonnes. Lésions prostastiques très nettes : on voit

des bosselures et une ulcération sur le lobe droit.

Obs. VII. — Vessie très rouge ; ulcération du plancher et dans la zone des uretères, surtout à droite.

Obs. XII. — On voit une masse prostatique surélevée ; vessie à colonnes.

Obs. XVI. — Vessie à cellules non irritée ; les embouchures des deux uretères sont vues, la droite absolument normale, la gauche élargie et vascularisée.

D. — *Urétroscopie*. — M. le Professeur Gayet a jugé prudent de ne pas employer ce mode d'exploration : « L'urétroscopie, dit-il, pourrait aussi permettre la vision de cavernes au niveau de l'urètre postérieur, mais elle sera rarement possible et même utile, et le traumatisme est certainement plus grand avec les urétroscopes de gros volume qu'avec le petit cystoscope explorateur. »

E. — *Radiographie*. — M. le Professeur Rochet en a tiré des renseignements précieux pour l'étude des dilatations de l'urètre postérieur après injection de col-largol ou d'une autre substance opaque.

F. — *Recherches de Laboratoires*. — C'est à elles que, dans les cas douteux, on doit demander la certitude.

1° L'examen direct du pus ramené par le cathéter après la traversée prostatique pourra déceler la présence du bacille de Koch ;

2° Il conviendra aussi de rechercher le bacille dans

l'urine après homogénéisation ;

3° C'est l'inoculation au cobaye de l'urine ou du pus qui permet de trancher le diagnostic. Les renseignements qu'elle donne auront une valeur absolue lorsqu'elle est positive.

III. — EVOLUTION.

La marche de la tuberculose prostatique ne paraît pas revêtir une gravité particulière chez le vieillard. Il faut évidemment tenir compte des cas où le malade arrive à l'hôpital complètement cachectique, épuisé par l'hématurie et par une pyurie déjà ancienne, et qui sera une proie facile offerte aux accidents pulmonaires ou à ceux qu'entraîne l'infection urinaire.

Mais, bien souvent, l'affection a une marche lente : un de nos malades, vu en 1912, alors qu'il souffrait de douleurs lombaires et de pyurie depuis sept ans, d'hématurie depuis trois ans, porteur déjà d'une caverne prostatique qu'un jour le cathéter ouvrit dans l'urètre, chez qui l'inoculation des urines au cobaye était positive, put quitter le service après six mois d'un traitement médical (instillations d'huile gomenolée) ; il resta quatre ans chez lui sans recevoir le moindre soin, fit une poussée d'orchite gauche en 1918, et se présenta de nouveau trois ans plus tard à la consultation avec un assez bon état général ; au toucher, on sentit alors un bas fond induré : la prostate se confondait avec la péricystite et les vésicules dont l'ensemble constituait une masse volumineuse dans laquelle il n'était pas possible de discerner chaque organe (Obs. XII).

Mais, outre ces cas particulièrement favorables, il est très fréquent de voir des malades se présenter avec un état général encore satisfaisant, alors que les troubles mictionnels datent de plusieurs années, alors même qu'une fistule vésico-rectale est ouverte depuis de longs mois.

Evidemment, le pronostic est sous la dépendance de l'imprégnation tuberculeuse de l'organisme, des lésions portant sur le reste de l'appareil génital, de la coexistence de bacillose rénale ou pulmonaire. Mais si les chances de guérison sont minimes et même nulles, on peut bien laisser courir aux malades la chance de plusieurs mois ou de plusieurs années de survie ; et ceci est important au point de vue du traitement, car il ne s'agit pas de risquer le tout pour le tout, et on peut espérer, par des soins et des ménagements, retarder de façon appréciable l'échéance fatale.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

L'importance est considérable de porter dès le début un diagnostic exact. En effet, nous le verrons dans le chapitre suivant, il est bien des cas dans lesquels l'abstention chirurgicale — mais non thérapeutique — devra être la règle de conduite de l'urologiste, et où une intervention intempestive risquerait de hâter l'évolution fatale d'une affection qui tendait à demeurer stationnaire. Parmi les maladies qui peuvent donner lieu à des confusions, nous citerons :

1° *L'hypertrophie de la prostate.* — Il est bien certain qu'en présence d'un homme âgé qui se plaint de gêne progressive de la miction, de pollakiurie particulièrement marquée la nuit, parfois même qui arrive en pleine rétention, on pensera naturellement à une hypertrophie de la prostate ; et si l'absence des lésions superficielles ne permet de sentir au toucher rectal qu'un organe simplement augmenté de volume, l'erreur est inévitable, à moins toutefois que l'attention ne soit attirée par la découverte d'autres localisations

tuberculeuses ; or, nous l'avons vu, presque toujours on constatera la présence soit d'une cicatrice scrotale adhérente, soit d'un noyau induré sur un épididyme, soit d'une vésicule bosselée ou même injectée au suif ; l'étude des antécédents héréditaires et personnels, l'auscultation des poumons, l'examen des autres organes (tumeur blanche du genou (Obs. XV), laryngite (Obs. VIII), pourront mettre aussi le clinicien sur la bonne voie.

Mais une forme aussi mérite attention : « C'est l'adénome prostatique chroniquement enflammé, traité par le cathétérisme qui a amené des orchites à répétition, orchites tendant à la suppuration et à la fistulisation spontanée. Il y a souvent chez ces malades de la péri-cystite du bas fond, rendant le résultat du toucher indécis, des infections banales de l'urètre et de la vessie pouvant donner lieu à de la pyurie, enfin des poussées congestives ou des fausses routes de sondage provoquant des hématuries » (Gayet). L'infection qui a atteint toutes les voies génitales et urinaires inférieures est-elle banale ou spécifique ? Souvent il faudra attendre plusieurs jours pour l'affirmer ; on traitera rigoureusement ces malades, les cathétérismes propres et réguliers remplaceront la sonde à demeure, les lavages de vessie auront raison de la pyurie ; sous les pansements aseptiques, la suppuration des testicules et des épididymes se tarira, les cordons indurés s'assoupliront et, en quelques jours ou tout au moins en peu de semaines, les phénomènes généraux bruyants ainsi que les phénomènes locaux se trouveront amenés. Un simple traitement de propreté n'aurait pas eu

raison des lésions tuberculeuses qui cachent leur plus grande gravité sous une apparence plus torpide. D'ailleurs, en cas de doute, c'est encore l'examen général d'une part, les examens de laboratoires d'autre part (recherche du bacille de Koch dans le pus ou les urines, inoculation au cobaye) qui emporteront la conviction.

2° *Le cancer de la prostate.* — Là encore, l'impression première peut être trompeuse : chez un vieillard qui se présente avec des hématuries, de la dysurie, chez qui on trouve une prostate énorme remplissant l'excavation comme une carcinose prostatopelvienne dure et immobilisée dans le bassin, on pense tout d'abord à une tumeur maligne. La présence même de vésicules séminales grosses et distendues ne saurait être d'un grand secours pour le diagnostic, car Marion a insisté récemment sur l'existence de vésiculites chroniques au cours de cancers prostatiques, et il cite l'observation d'un malade de 61 ans, cancéreux, qui, pour cette raison, fut supposé porteur d'une tuberculose de la prostate.

Dans l'Obs. XIV, il s'agissait d'un vieillard de 72 ans, atteint de dysurie avec douleurs vives siégeant dans l'urètre prostatique ; le toucher rectal décelait une prostate très grosse, très dure, entourée d'une masse empâtée qui, se prolongeant en haut, englobait la vésicule gauche distendue et indurée. L'hésitation entre cancer et tuberculose était permise ; M. le Professeur Gayet mit en place, dans l'organe, par voie périnéale, deux tubes de radium par le procédé du

trocart ; l'amélioration fut manifeste : une semaine après, la tumeur semblait avoir fondu, les mictions redevenaient spontanées, paraissant ainsi confirmer la première hypothèse ; mais, peu après, le malade mourait de péritonite diffuse ; l'autopsie montra la présence de cavernes tuberculeuses dans la prostate, ainsi que de lésions de même nature dans les poumons. Il apparaît donc que, lorsqu'un doute semblable se pose, il ne convient pas d'agir à l'aveugle ; et si l'on veut faire profiter le malade du traitement radiumthérapeutique au cas où il serait atteint d'une tumeur maligne, il est prudent, dans un temps opératoire préalable, de découvrir et d'examiner directement la glande.

3° Beaucoup plus rarement on aura à éliminer des *calculs endo-prostatiques*, car leur situation postérieure superficielle peut déterminer leur ressemblance troublante avec de simples nodosités. M. le Professeur Gayet rapporte un cas personnel où il crut à la tuberculose, et ne s'aperçut de l'erreur qu'au cours d'une prostatotomie péritonéale qui lui permit d'extraire ces calculs. Une autre fois même, en curetant une prostate tuberculeuse, il ramena un calcul gros comme un pois. Ce sont là évidemment des situations complexes qui se présentent rarement et que la radiographie pourrait puissamment aider à éclaircir.

4° *Dilatations inflammatoires de l'urètre postérieur.*

— Lorsque l'étude de la miction (pollakiurie, pyurie, dysurie, incontinence, miction en deux temps (Rochet), le cathétérisme explorateur, le toucher rectal, la radio-

graphie auront montré qu'on se trouve en présence d'une dilatation de l'urètre postérieur, l'étude des antécédents héréditaires et personnels d'une part, l'absence de gonococcie ou de rétrécissement ancien d'autre part, pourront donner des présomptions; mais seules les recherches bactériologiques et — si une intervention a été pratiquée — l'examen histologique d'un fragment prélevé pour biopsie autoriseront à affirmer la tuberculose.

En somme, répétons-le : dans les cas douteux, il faudra avoir recours en dernier ressort aux renseignements immédiats que donnera l'examen direct du pus ou de l'urine dans lesquels on trouvera peut-être le bacille de Koch, et à ceux plus tardifs, mais plus constants, que fournira leur inoculation au cobaye.

CHAPITRE V

Traitement.

A première vue, la conduite à tenir en présence d'une tuberculose prostatique survenue chez un vieillard peut être délicate, et il semblerait qu'on n'ait que l'embarras du choix en présence des méthodes à employer ; mais le désir d'être utile au malade, la volonté au moins de ne pas lui nuire, en font rejeter un certain nombre : dans bien des cas l'audacieuse chirurgie devra céder la place à la prudente médecine palliative.

Certains auteurs étudient un *traitement prophylactique*, qui consiste « d'après les enseignements de la pathogénie, d'une part à traiter activement les urétrites blennoragiques chroniques qui, presque toujours ont précédé la bacillose, d'autre part à supprimer par la néphrectomie le rein tuberculeux par où se fait couramment l'infection de la prostate » (Delore et Chalier). Cette dernière intervention pourrait même (d'après Desnos) assurer la guérison spontanée de la prostatite bacillaire. En réalité, nous avons vu

que chez le vieillard, la blennorragie n'a pas l'importance étiologique qui lui est communément attribuée chez l'adulte ; et, dans le deuxième cas, si l'acte opératoire portant sur le rein seul suffit, cela prouve que les lésions génitales étaient encore peu importantes.

Beaucoup plus intéressant est le traitement curatif qui peut être soit médical soit chirurgical.

A. — TRAITEMENT MÉDICAL.

Le traitement médical comprend le traitement général et le traitement local.

1° *Traitement général.* — Le malade devra d'abord être mis au *repos* le plus complet possible, dans un lit d'hôpital s'il est indigent, au grand air et au soleil si ses ressources le lui permettent ; et si, ultérieurement, une vie plus active peut être autorisée, il devra éviter toute cause d'irritation locale (bicyclette, automobile, etc...) et se garder aussi des tentations sexuelles capables d'amener une congestion dangereuse des organes du petit bassin.

A ces conseils d'hygiène, on ajoutera une *alimentation* reconstituante et une *médication tonique* (huile de foie de morue, glycéro-phosphates, arsenic si l'état du rein le permet).

2° *Traitement local.* — Le traitement non sanglant consiste en général à porter au niveau de la glande malade des substances médicamenteuses cicatrisantes ou capables d'agir de façon spécifique sur le bacille de Koch. Pour cela, certains ont suivi la *voie directe*, en les injectant dans la prostate même en passant par

le rectum (Desnos) ou par le périnée (Hoffmann). Mais beaucoup plus souvent on a utilisé la *voie indirecte*, et la liste est longue des substances qui tour à tour furent instillées dans l'urètre postérieur en vue d'amener une guérison en général fort problématique : ce furent l'iodoforme associé ou non au gaiacol, le sublimé à 1 pour 5.000, le chlorure de Zn en solutions plus ou moins fortes ; nous n'en retiendrons que la liqueur de Van Swieten, et surtout l'huile goménolée, qui a donné les résultats les meilleurs sans offrir les inconvénients des autres antiseptiques.

A cela on ajoutera des *lavements* chauds et, si l'infection vésicale l'exige, quelques lavages de vessie exécutés très prudemment.

Indications du traitement médical. — « Beaucoup de tuberculoses prostatiques, a dit M. le Professeur Rochet, ne sont justiciables que d'une thérapeutique médicale, et nous savons que ce n'est pas là un traitement de pis-aller et de consolation : il a une importance capitale bien dirigé et patiemment prolongé. » Pour lui, le traitement par l'urètre et sur l'urètre n'a pas une grande importance : « Il ne peut rien donner de sérieux et d'efficace contre l'évolution de la lésion, et, en revanche, il peut être dangereux et nuisible. Les cautérisations même légères, les modifications utiles pour d'autres lésions que les lésions tuberculeuses ne font qu'attiser le feu qui couve et activer leur marche. Si on ajoute à cela le péril de ces petites manœuvres au point de vue des infections secondaires et le rôle si néfaste de celles-ci sur la lésion ini-

tiale, on sera vite convaincu de la réserve qui s'impose dans leur emploi. Quelques instillations cocaïnées ou gaïacolées contre la pollakiurie ou les douleurs un peu vives des formes de début peuvent être envisagées cependant, mais sans y insister, car le bénéfice n'en apparaît pas bien net et commande un redoublement dans les précautions d'asepsie. »

Les instillations urétrales ont donc, chez le vieillard comme chez l'adulte, des indications précises et restreintes, mais ces réserves ne sauraient diminuer l'importance énorme du traitement médical : un malade peut vivre de longues années avec des tubercules dans sa prostate; il peut, sinon guérir ses lésions, du moins les enkyster suffisamment pour mener une vie acceptable, et nous rappelons à ce sujet le cas du malade de l'Observation XII qui, vu en 1912, sept ans après l'apparition d'une tuberculose rénale, et porteur déjà d'une caverne prostatique ouverte dans l'urètre, revint à l'hôpital en 1921, ayant suivi un traitement purement médical (lavage de vessie et instillations d'huile goménolée), mais présentant à vrai dire alors au toucher rectal des signes de périprostatite intense avec blindage du bas fond vésical.

B. — TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Cependant, le chirurgien ne devra pas, dans tous les cas, demeurer abstentionniste :

1° Parfois une indication *d'urgence* se pose : il est des cas où la douleur devient intolérable ; on peut alors, suivant l'avis de M. le Professeur Rochet, prati-

quer par le périnée une large incision de la prostate allant jusqu'à l'urètre et l'orifice vésico-urétral. Plus simple et plus facile chez le vieillard est la *cystostomie* qui met la vessie au repos : ce n'est là qu'une opération palliative bien capable d'atténuer les souffrances du patient, mais fréquemment la plaie s'inocule à son tour, le malade doit demeurer confiné au lit, et la survie n'est pas très appréciable ; ce ne peut être qu'un pis-aller.

2° La *castration* unie ou bi-latérale aura parfois l'avantage de détruire un foyer de suppuration important lorsque l'atteinte prostatique paraîtra — au moins cliniquement — secondaire à une orchio-épididymite évolutive ; en outre, elle pourra amener une diminution de volume de la glande comme dans l'hypertrophie simple de la prostate dont elle constituait un mode de traitement en honneur. Le choc opératoire n'est pas considérable, et les suites en sont moins inquiétantes que celles des interventions dans lesquelles on aborde directement le carrefour urogénital.

3° De même si, au cours d'une tuberculose rénale uni-latérale, on constate au niveau de la prostate la présence de quelques nodosités indurées, il ne faudra pas voir là une contre-indication ; bien au contraire, ces dernières lésions pourront disparaître après la *néphrectomie*.

4° Dans les *formes fistulisées au périnée*, une opération de nettoyage s'impose. On pourra alors ouvrir et cureter les trajets fistuleux, les clapiers et les

poches d'abcès en employant naturellement la voie périnéale et non la voie rectale qui risquerait d'entraîner la formation d'une nouvelle fistule vésico-rectale. Actuellement, la majorité des auteurs préfèrent une opération plus complète et pratiquent une véritable *prostatomie* (toujours par voie périnéale qui aurait l'avantage de permettre d'agir directement sur la source des lésions (Rochet).

Mais, pour qu'on en puisse recueillir des avantages réels, il faudrait se trouver en présence de sujets suffisamment résistants, ce qui n'est le plus souvent pas le cas ; en outre, « la lenteur de la cicatrisation de la vaste plaie condamne au lit le malade, sa dénutrition augmente ; il ne réagit pas contre les infections secondaires, locales ou pulmonaires. Beaucoup succombent peut-être plus vite que si on leur avait épargné ce traumatisme » (Gayet).

5° Reste la *prostatectomie*, que certains ont conseillée même dans les formes fermées, les interventions radicales portant non seulement sur la prostate, mais encore sur les vésicules séminales, les canaux déférents, les épидidymes : elles ne sont pas sans péril chez un adulte résistant, elles donneraient le coup de grâce à un vieillard cachectique dont trop souvent la vessie et les reins présentent eux-mêmes des lésions tuberculeuses.

En somme, les résultats du traitement chirurgical sont bien décevants, car il est rare qu'on trouve chez le vieillard atteint de tuberculose prostatique un état général assez satisfaisant, des viscères assez intacts

pour lui permettre de résister sinon à l'acte opératoire lui-même, du moins à ses conséquences ; et les conseils de prudence que donne l'expérience doivent être plus écoutés que certaines incitations trop interventionnistes qui satisferaient peut-être davantage la logique, mais feraient courir de réels dangers au malade.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Tuberculose du lobe droit de la prostate. Fistule périnéale

G... Jean-Pierre, 60 ans, cultivateur.

Entre, le 13 novembre 1918, à l'Antiquaille.

Abcès de la marge de l'anüs il y a 20 ans, ayant laissé une fistule périnéale.

Il y a trois mois, il s'est aperçu que le premier jet d'urine contenait du sang, puis les mictions devinrent fréquentes au point de se produire actuellement toutes les demi-heures.

Examen. — Nodule sur l'épididyme droit.

Toucher rectal. — Le lobe droit de la prostate est très induré, présentant une nodosité du volume d'un pois.

Cystoscopie. — Le passage des instruments est douloureux au niveau de la prostate ; hémorragie abondante paraissant venir du col de la vessie et de la prostate elle-même. Vessie à colonnes contenant 150 gr. L'uretère gauche est sain ; l'uretère droit ne peut être vu à cause des caillots.

13 décembre 1918. — *Cystoscopie.* — Les lésions prostatiques sont très nettes ; on voit des bosselures et des ulcérations sur le lobe droit. Le passage du cathéter au niveau de la prostate détermine toujours une vive douleur et un suintement sanguin abondant.

15 décembre 1918. — Le malade quitte le service.

OBSERVATION II

Tuberculose de la prostate et des vésicules séminales. Orchio-épididymite tuberculeuse bilatérale. Tuberculose du rein droit. Fistule vésico-rectale.

H... Antoine, 51 ans.

Entré le 30 septembre 1912 à l'Antiquaille.

Antécédents héréditaires. — Père mort de bronchite chronique, mère morte de tuberculose pulmonaire à 44 ans.

Antécédents personnels. — Marié; pas d'enfants. Chancre syphilitique à l'âge de 20 ans, blennorrhagie il y a 15 ans.

En 1912, augmentation de volume du testicule gauche, puis du droit qui suppure. Il y a 10 jours, le malade s'est aperçu qu'il perdait ses urines par le rectum. ,

Actuellement, la miction diurne est normale, mais la nuit, le malade doit se lever toutes les heures pour uriner; il ne passe en réalité que peu d'urine par le rectum, et celle-ci n'occasionne pas de douleur, mais donne au malade la sensation de diarrhée. L'urine est trouble, laissant un dépôt au fond du vase.

Examen. — Le testicule droit est beaucoup plus hypertrophié que le gauche; la tête de l'épididyme droit est bosselée; fistule bilatérale à la face antérieure du scrotum.

Toucher rectal. — Prostate énorme, vésicule séminale gauche très hypertrophiée, vésicule droite perceptible.

Rectoscopie. — Sur la face antérieure du rectum, on constate la présence d'une caroncule rosée indiquant l'orifice de la fistule.

5 avril 1913. — Décès après plusieurs mois de cachexie progressive.

Autopsie. — Rein droit très augmenté de volume présente quelques petites cavernes ; bassin et uretère droit remplis de pus.

Prostate : augmentation considérable de volume, renferme de petites cavernes pleines de pus.

Poumons et cœur : normaux.

OBSERVATION III

Tuberculose de la prostate. Orchi-épididymite tuberculeuse bilatérale

A... César, 65 ans, manœuvre.

Entre le 2 août 1913, à l'Antiquaille.

Antécédents personnels. — Six enfants dont cinq morts, pas de blennorragie.

Depuis février 1913, amaigrissement, fièvre et altération de l'état général ayant coïncidé avec une orchite droite qui guérit spontanément. Les mictions devinrent plus difficiles dès le mois de mars. Actuellement, le malade urine 10 à 12 fois par jour.

Examen. — Hypospadias. Testicule droit en galet; à gauche, l'épididyme est augmenté de volume, bosselé et, en avant, à la place du testicule, on sent une masse fluctuante.

Toucher rectal. — La prostate est hypertrophiée, bosselée et dure, surtout au niveau du lobe droit.

Très mauvais état général.

24 août 1913. — Décès. Opposition à l'autopsie.

OBSERVATION IV

Tuberculose de la prostate et de la vésicule séminale droite. Epididymite bilatérale. Rein en fer à cheval. Tuberculose à droite; hydro-néphrose à gauche.

L... Jean, 53 ans, cultivateur.

Entre le 25 février 1919 à l'Antiquaille.

Il y a 3 ans, orchite suppurée. Actuellement douleur vive à la miction; pollakiurie : urine toutes les demi-heures, aussi bien le jour que la nuit, a eu des hématuries terminales. Urines très troubles, laissant un dépôt abondant.

Examen. — Cicatrice déprimée au niveau du testicule droit. Les deux épididymes sont gonflés et bosselés, surtout le gauche; pas d'induration nette des cordons.

Toucher rectal. — Prostate bosselée de petit volume; consistance un peu irrégulière. Vésicule droite injectée au suif.

27 février. — Instillations de liqueur de Van Swieten : 20 gouttes tous les 2 jours.

31 mars. — Ponction du lobe droit par voie périnéale; injection de 10 gouttes de glycérine iodoformée à 2/10.

5 avril. — La prostate et la vésicule droite ont diminué de volume.

12 avril. — Enfumage iodé.

2 mai. — Le malade, souffrant toujours, on pratique une *cystostomie*: la vessie saigne beaucoup, l'uretère gauche est cathétérisé jusqu'à 18 cm.; on ne peut découvrir l'uretère droit.

3 mai. — Décès.

Autopsie. — *Poumons.* — Adhérences pleurales à la base gauche et aux sommets; quelques granulations au sommet gauche.

Foie. — Cirrhose atrophique.

Rein. — En fer à cheval : hydronéphrose à droite; hypertrophie avec nombreuses granulations à gauche.

Uretère. — Dilaté à gauche, obstrué à droite.

Vessie. — Parquetée, présente des lésions de cystite tuberculeuse.

Prostate. — Dure. A la coupe, on découvre une petite caverne.

Examen microscopique d'un fragment de rein. — Tuberculose certaine.

OBSERVATION V (Client privé)

Tuberculose de la prostate et de la vessie.

Epididymite suppurée droite.

C... Camille, 71 ans, vient le 25 septembre 1920.

Antécédents personnels. — 5 enfants : 4 morts en bas âge, le dernier atteint de laryngite. Bronchite chronique (crachats purulents).

Début il y a deux ans par dysurie, 4 à 5 mictions par nuit (urine sur ses souliers).

Examen (25 septembre). — Epididymite droite fistulisée à la peau.

Toucher rectal. — Prostate petite, dure et irrégulière.

Traitement médical donnant amélioration progressive.

OBSERVATION VI (Client privé)

Tuberculose de la prostate et de la vésicule séminale droite.

Orchi-épididymite tuberculeuse droite.

T... Marius, 52 ans, vient le 8 décembre 1918.

Antécédents personnels. — 4 enfants dont une fille scoliotique.

Début par pollakiurie (se lève 12 à 15 fois la nuit). Douleurs à la miction et pyurie depuis 10 mois.

Examen (8 décembre 1918). — Orchi-épididymite droite nettement tuberculeuse; cordon nettement induré de ce côté.

Toucher rectal. — Prostate indurée avec grosse vésicule droite.

Traitement médical. — Amélioration nette.

OBSERVATION VII (Client privé)

Tuberculose de la prostate et de la vessie. Glycosurie.

R... Léon, 54 ans, meunier.

Rien à signaler dans les antécédents.

(18 décembre 1919). Polyurie datant de 8 mois. Pollakiurie (urine la nuit toutes les heures), douleurs à la fin de la miction. Pyurie, hématuries quotidiennes depuis deux mois. Pas de dysurie.

Toucher rectal. — Prostate petite, mais bosselée et dure.

Cystoscopie. — Vessie très rouge; ulcérations du plancher et dans la zone des uretères, surtout à droite.

Analyse d'urine. — Pus. Albumine, 1 gr.; sucre, 25 gr.; bacille acido-résistant (Koch). Traitement médical donne bon résultat.

OBSERVATION VIII

*Tuberculose de la prostate et de la vésicule gauche,
Laryngite tuberculeuse. Castration gauche.*

L... Constant, 55 ans. Entre à l'hôpital le 1^{er} mai 1914.

Ostéite sterno-claviculaire. Laryngite tuberculeuse. Mictions indolores, urines claires.

Examen. . . Epididymite bilatérale.

Toucher rectal. — Prostate étalée, lobe gauche dur et bosselé, se continuant avec la vésicule gauche, également dure et bosselée.

Intervention. — Castration gauche sous rachi-anesthésie. Sort le 3 juin 1914.

OBSERVATION IX

*Tuberculose latente de la prostate. Tuberculose rénale
bilatérale. Néphrectomie. Mort de pneumonie.*

L... François, 56 ans. Entre à l'hôpital le 1^{er} juillet 1913.

Début il y a 3 ans : quelques hématuries suivies d'une crise de rétention.

Toucher rectal. — Ne décèle rien d'anormal.

Cathétérisme urétéral. — A droite, urine trouble, présence de bacille de Koch.

Néphrectomie droite. — Mort 3 semaines après de pneumonie (3 juillet 1913).

Autopsie. — Cavernes dans le rein gauche.

Vessie. — Ulcérations tuberculeuses.

Prostate. — Augmentée de volume; le lobe gauche est mou et fluctuant; on y trouve une caverne de la grosseur d'une noisette. Le lobe droit est plutôt fibreux.

Pendant la vie ces lésions n'avaient pas été reconnues, au toucher on ne sentait rien, la cystoscopie avait pu être faite assez facilement.

OBSERVATION X

Prostatite et cystite d'origine tuberculeuse

G... Régis, 65 ans.

Vient consulter M. le Professeur Gayet, le 28 octobre 1920.

Antécédents personnels. — Pleurésie à 50 ans, une autre à 55 ans. Laryngite. Début il y a 3 mois. Brûlures à la miction, pollakiurie nocturne (urine 20 à 25 fois chaque nuit). Les urines sont claires et ne contiennent pas de sang.

Reins non perçus.

Toucher rectal. — Prostate légèrement augmentée de volume avec un noyau dur en arrière et en bas. Vésicules séminales non senties. Rien aux épидidymes. Inoculation des urines au cobaye : positive.

Traitement médical : amélioration des signes vésicaux.

OBSERVATION XI

Tuberculose de la prostate, des épидidymes et des canaux déférents

F... Elie, 55 ans, entre à l'hôpital le 24 février 1921.

Le début date de 3 ans : dysurie, apparue d'abord à l'occasion de courses à bicyclette. Il y a 2 mois, crise d'infection urineuse (frisson, tremblement, sueurs), qui dura 24 heures.

Examen. — Tuberculose des deux épидidymes particulièrement marquée à droite et des deux canaux déférents.

Toucher rectal. — Prostate augmentée de volume tendue, rénitente et indurée.

Quitte l'hôpital le 2 avril 1921, après un traitement médical.

OBSERVATION XII

Tuberculose prostatique à évolution lente, tuberculose rénale gauche.

E... Jacques, 48 ans, entre à l'hôpital le 4 février 1912. Le début des accidents remonte à 7 ans (1905) : douleurs lombaires et rénales, pyurie depuis 3 ans, apparition d'hématu-

rie; actuellement, les douleurs sont localisées au niveau du rein gauche.

Toucher rectal. — Prostate petite, dure et douloureuse; les sondes sont arrêtées dans la région prostatique; une petite bécuille n° 11 passe, mais détermine une légère hémorragie.

Traitement : instillations d'huile goménolée. Un jour on a la sensation d'ouvrir avec la sonde un abcès prostatique. Il s'écoule par le méat une petite quantité de pus; après, le cathétérisme devient beaucoup plus facile.

Cystoscopie. — On voit une masse prostatique surélevée, vessie à colonnes (inoculation des urines au cobaye : positive).

Le malade quitte le service après 6 mois, l'amélioration est manifeste.

Revient à la consultation le 11 janvier 1921 (16 ans après le début). L'état est stationnaire : le malade est resté 4 ans sans se soigner, mais à la suite d'une poussée ayant atteint le testicule gauche en 1918, il a repris les lavages et les instillations d'huile goménolée. Les urines sont troubles, glaireuses; les mictions qui surviennent toutes les deux heures déterminent une vive douleur. Pas d'hématurie, pas d'amaigrissement.

Toucher rectal. — Bas-fond induré. La prostate se confond avec la péricystite et les vésicules séminales dont l'ensemble constitue une grosse masse dans laquelle il n'est pas possible de délimiter chaque organe.

OBSERVATION XIII

Tuberculose de la prostate, de l'épididyme et du canal déférent droit

A... Camille, 68 ans, entré à l'Antiquaille le 4 avril 1919. Le début de l'affection actuelle remonte à un mois. Le malade croit avoir eu la grippe à cette date, mais il semble plutôt qu'il s'agit d'un accès de fièvre urinaire. Blennorrhagie à l'âge de 22 ans, accompagnée d'orchite. Guérison complète.

Actuellement, urine une huitaine de fois dans la journée et autant la nuit. Aucune douleur à la miction, les urines

jaunes foncées sont légèrement et uniformément troubles, ni hématurie, ni pyurie.

Examen. — Vessie douloureuse à la percussion, épидидyme droit énorme et très dur, canal déférent droit également induré très volumineux dans la région ilio-pubienne.

Toucher rectal. — Prostate petite, mais dure et bosselée.

Il sort de l'hôpital au bout de deux mois après un traitement médical.

OBSERVATION XIV

Tuberculose de la prostate et des vésicules séminales; orchite épидидymite tuberculeuse bilatérale. Traitement par le radium, mort de péritonite.

M... Benoît, 72 ans, tisseur. Entre à l'Antiquaille le 11 mars 1919.

Blennorragie à l'âge de 20 ans.

Début il y a 6 mois par douleur testiculaire droite suivie d'une tuméfaction scrotale qui se fistulisa à la peau; 4 mois plus tard, évolution des mêmes phénomènes à gauche. Peu à peu, les troubles de la miction sont devenus très marqués. Les envies d'uriner sont très fréquentes, les mictions sont très peu abondantes et douloureuses; le malade, qui ne peut uriner qu'accroupi, se lève jusqu'à 15 fois par nuit.

Actuellement, urines troubles, résidu vésical : 175 gr.

Toucher rectal. — Prostate légèrement augmentée de volume, entourée d'une masse empâtée qui la prolonge en haut. Vésicule gauche injectée au suif; à droite on sent une masse indurée sans contour net.

Testicule droit atrophié, fistule scrotale.

Testicule gauche induré, adhérent au scrotum en avant.

Traitement. — Instillations de 20 gouttes de liqueur de Van Swieten.

23 mars. — Ponction par voie périnéale avec un gros trocart dans le lobe droite de la prostate. Il s'écoule quelques gouttes de pus tuberculeux. On fait glisser par le trocart un tube de radium qui est laissé en place 18 heures.

29 mars. — *Toucher rectal.* — La masse indurée du lobe

droit a complètement disparu, la prostate paraît petite et mobile, mais il persiste de la péricystite.

5 avril. — On ne trouve presque plus rien au toucher rectal, on retire la sonde à demeure et le malade déclare qu'il peut uriner, mais qu'il ne sent pas les dernières gouttes qui s'échappent involontairement, de même il perd ses matières sans en avoir conscience.

12 avril. — Etat très grave : signe de péritonite.

14 avril. — Décès.

Autopsie. — La prostate constient plusieurs cavernes tuberculeuses.

OBSERVATION XV

Tuberculose de la prostate et du testicule droit. Fistule resto-vésicale. Tumeur blanche du genou gauche.

C... Alexis, 73 ans, entre à l'hôpital le 12 octobre 1912. Pas de blennorrhagie, ni de syphilis. Début de tumeur blanche du genou gauche remontant à 10 ans; il y a 3 ans, suppuration du testicule droit; il y a 8 ans que le malade souffre en urinant et depuis un an seulement, il perd une partie des urines par le rectum. Les mictions se font tantôt toutes les 10 minutes, tantôt toutes les heures seulement. Le malade doit forcer beaucoup pour uriner, sensation de brûlure au début et à la fin de la miction.

Actuellement, une bonne partie des urines passe par le rectum, mais il n'y a pas d'incontinence, les urines sont sales formant un dépôt; celles qui passent par l'urètre ne contiennent jamais de matières fécales, mais seulement de longs filaments.

Examen. — Hypertrophie du testicule droit dont le volume atteint celui d'un œuf de poule, cicatrice de fistule à sa face antérieure, épididyme normal.

Toucher rectal. — Prostate de volume normal, mais on sent un bas-fond vésical induré avec des traînées d'adhérences remontant haut vers le rectum.

Au genou gauche : tumeur blanche, fongosités à la partie antéro-externe de l'articulation, subluxation du tibia en ar-

rière du fémur.

28 décembre 1912. — Le malade s'est beaucoup amélioré, il passe actuellement très peu d'urine par le rectum et les urines sont relativement claires, il semble donc que la fistule s'est presque fermée.

Au toucher rectal, l'induration est bien moins considérable qu'au début.

Le 31 décembre 1912, le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XVI

Tuberculose de la prostate et des vésicules séminales

L... Benoît, 71 ans, entre à l'hôpital le 18 janvier 1913.

Pas de blennorrhagie, ni syphilis, vient parce qu'il souffre beaucoup des reins, depuis 11 mois, à ce moment les deux testicules augmentèrent de volume, puis diminuèrent spontanément; hématurie très légère en octobre 1912.

La miction a toujours été un peu lente et difficile, mais s'effectue actuellement sans douleurs; les urines sont assez claires, laissant au fond du vase un dépôt rougeâtre.

Examen. — Les deux testicules sont très durs et présentent de grosses bosselures qui paraissent siéger surtout sur les épидidymes.

Toucher rectal. — La prostate est grosse uniformément hypertrophiée, sa consistance est nettement plus dure au niveau de la partie supérieure du lobe droit et du lobe médian. La mobilité est conservée; les vésicules séminales sont augmentées de volume. La gauche est dure et comme injectée au suif. Les douleurs rénales constituent actuellement le symptôme prédominant, elles surviennent par crises paroxystiques calmées par le repos.

Cystoscopie. — Capacité vésicale, 250 centimètres cubes environ. Introduction facile d'un petit cystoscope explorateur, vessie non irritée à colonnes et à cellules; bas-fond assez notable. Les deux uretères sont vus, le droit est absolument normal, le gauche présente un orifice un peu plus large et très vascularisé.

Traitement par les corps immunisants de Spengler.

13 mars. — La vésicule gauche est toujours plus dure que la droite, mais sa palpation, ainsi que celle de la prostate, est moins douloureuse.

11 avril. — La pression sur la prostate fait sourdre au niveau de l'urètre une assez grande quantité de pus.

Il sort de l'hôpital le 4 juin.

OBSERVATION XVII

(Thèse de BONNEFOY)

Dilatation tuberculeuse de l'urètre postérieure

X... François, 57 ans, entre à l'hôpital le 6 janvier 1921.

Chancres indurés à l'âge de 28 ans. Pas de blennorrhagie. Il y a cinq ans abcès ouvert spontanément au niveau du périnée et refermé au bout de 4 jours.

En 1920, réouverture de la fistule uréthro-périnéale qui persiste actuellement.

Examen. — Cicatrice à la face antérieure des deux testicules.

Le périnée est occupé par une grosse collection allongée et présente une fistule à orifice bleuâtre faisant une légère saillie.

Toucher rectal. — Il semble que la prostate a disparu. Inoculation du pus au cobaye : positive.

11 janvier. — Le cathétérisme (sonde métallique n° 10) découvre un rétrécissement dur au niveau de l'urètre antérieur et un autre au niveau de la prostate. Un stylet introduit dans la fistule montre que la plaie urétrale est située au niveau de l'urètre antérieur.

12 janvier. — Intervention : incision allant des racines des bourses à l'anus; une poche purulente occupe la région de la prostate qu'on ne sent pas au toucher; un canal très court réunit cette poche à la vessie.

23 janvier. — Décès.

Autopsie. — Confirme les renseignements de l'intervention. Lésions rénales tuberculeuses (caséification).

CONCLUSIONS

I. — La tuberculose de la prostate est plus souvent constatée chez le vieillard qu'il n'est classique de l'enseigner; son développement est favorisé par toutes les causes d'affaiblissements général et de congestion locale.

II. — La symptomatologie ne diffère de celle de l'adulte que par la précocité souvent constatée des troubles de la miction; la coexistence de lésions des vésicules séminales, des testicules, des épидидymes et des reins est très fréquente. Tous les degrés d'infection tuberculeuse de la prostate sont susceptibles d'être constatées, depuis les nodosités jusqu'aux cavernes qui peuvent s'ouvrir soit dans l'urètre, soit dans le rectum, soit dans le périnée.

III. — L'évolution est en général assez lente, et le pronostic dépend beaucoup de l'état général et de l'imprégnation des autres organes.

IV. — Le diagnostic est à faire surtout avec l'hypertrophie simple de la prostate, le cancer, les calculs endo-prostatiques et les dilatations inflammatoires de l'urètre postérieur. Il convient, dans les cas douteux,

de se baser sur l'examen du laboratoire et notamment sur l'inoculation des produits suspects (urine, pus, etc.) au cobaye.

V. — Le traitement chirurgical, sauf dans les cas d'urgence (cystostomie, ouverture d'un abès périnéal), est à déconseiller à cause de l'absence de résistance de l'organisme du vieillard tuberculeux aux grandes interventions ; il faut préférer un traitement purement médical, à la fois général (repos, héliothérapie, régime, arsénicaux, etc...) et local (instillations d'huile goménolée), ce dernier d'ailleurs devant être conduit avec la plus grande prudence.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
GAYET.

Vu :
LE DOYEN,
J. LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 30 Mai 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — Tuberculose de la prostate (*in Traité de Le Dentu et Delbet* tome x, p. 561).
- BONNEFOY. — Contribution à l'étude des dilatations pathologiques de l'urètre postérieur. (*Thèse de Lyon*, 1921.)
- DESNOS et MINET. — Traité des maladies des voies urinaires, page 343.
- GAYET. — La tuberculose prostatique chez le vieillard. (*Lyon Médical*, 10 novembre 1921.)
- GUISY. — Tuberculose prostatato-vésiculaire. (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1906, p. 1.409.)
- LEGUEU. — *Traité Chirurgical d'Urologie*.
- MARION. — De la signification des vésiculites chroniques chez les prostatiques. (*Société française d'urologie*, séance du 9 mars 1919.)
- POMMADÈRE. — Etudes des troubles mictionnels dans la tuberculose de la prostate. (*Thèse de Lyon*, 1913.)
- POUSSON. — Calculs endo-prostatiques. (*Société Française d'Urologie*, 14 juin 1920.)
- ROCHET. — Quelques données nouvelles de clinique et thérapeutique urinaires, 1906.
- TÉDENAT. — Le traitement de la tuberculose de la prostate. (*Province Médicale*, 2 mai 1908.)
- DELORE et CHALIER. — La tuberculose génitale.

